

**UPAYA PENINGKATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE
NONHEMORAGIK DI RSUD dr. SOEHADI
PRIJONEGORO**



**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III
pada Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan**

Oleh:

MAHARDIKA DODYA PRADANA

J 200 130 016

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

2016

HALAMAN PERSETUJUAN

**UPAYA PENINGKATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE
NONHEMORAGIK DI RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO**

PUBLIKASI ILMIAH

Oleh:

MAHARDIKA DODYA PRADANA

J 200 130 016

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh:

Dosen pembimbing



Okti Sri Purwanti, S.Kep. Ns, M.Kep. Ns. Sp. Kep. MB

NIP. 19791018 200501 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

UPAYA PENINGKATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE
NONHEMORAGIK DI RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO

OLEH


MAHARDIKA DODYA PRADANA

J 200 130 016

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
Pada Hari Sabtu, 23 Juli 2016
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Dewan Penguji:

1. Okti Sri Purwanti, S.Kep, Ns, M.Kep, Ns. Sp. Kep. MB
(Ketua Dewan Penguji)
2. Ns. Arief Wahyudi Jadmiko, S.Kep, M.Kep
(Anggota Dewan Penguji)


(.....)

(.....)

Dekan,



Dr. Sunaji, M.Kes
NIP 195311231983031002

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam studi kasus karya tulis ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar diploma di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya di atas, maka akan saya pertanggungjawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 02 Mei 2016
Penulis



MAHARDIKA DODYA PRADANA
J 200 130 016

UPAYA PENINGKATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE NONHEMORAGIK DI RSUD dr. SOEHADI PRIJONEGORO

Abstrak

Masalah yang sering muncul pada pasien stroke adalah gangguan gerak. Pasien mengalami gangguan atau kesulitan saat berjalan karena mengalami gangguan pada kekuatan otot dan keseimbangan tubuh. Untuk meningkatkan kekuatan otot perlu dilakukan latihan mobilisasi atau rehabilitasi, yang bertujuan untuk memperbaiki fungsi neurologis dan mencegah terjadinya kontraktur atau kekakuan otot dengan terapi fisik dan tehnik-tehnik lain. Untuk memberikan gambaran tentang upaya peningkatan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik dan untuk mencegah terjadinya kekauan otot pada pasien stroke. Metode yang digunakan yaitu deskriptif dengan pendekatan studi kasus pada pasien stroke di bangsal Sakura RSUD dr. Soehadi Prijonegoro yang dilakukan pada tanggal 28 sampai 30 Maret 2016 yang meliputi 5 proses keperawatan mulai dari pengkajian, menentukan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Data diperoleh dari melihat rekam medis, observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi dari jurnal maupun buku. Pasien menunjukkan peningkatan mobilitas fisik setelah dilakukan tindakan. Adapun pengaruh tindakan *Range Of Motion(ROM)* dan Alih Baring untuk meningkatkan mobilitas fisik. Satu masalah keperawatan berupa hambatan mobilitas fisik sudah teratasi sebagian sehingga membutuhkan perawatan atau latihan mobilisasi lebih lanjut. Belum ada masalah keperawatan yang sudah teratasi, sehingga memerlukan tindakan keperawatan yang lebih lanjut.

Kata Kunci: Stroke, mobilitas fisik, range of motion, alih baring.

Abstract

The problem that frequently appear in stroke patient is impaired motion. Patient experiencing interruptions or diffcultes when running because experienced disturbances on muscle strength and body balance. It is important to do mobilization exercise or rehabilitation to improve the muscle strength, rehabilitation is important to improve the neurologis function and prevent the contractures or muscle stiffness which can be done by physical therapy and other techniques. To give an overview of physical mobility improvement effort in the patient with non-hemorrhagic stroke and to prevent the muscle rigidity in the patient with stroke. Method used was a descriptive with case study approach toward patient with stroke in the inpatient installation room of Sakura at dr. Soehadi Prijonegoro conducted from 28th to 30th of March, 2016 including five nursing processes start from the assessment, diagnosis, intervention,

implementation and evaluation. The data was obtained from the medical records, observation, interview, physical examination and journals and books documentation. Patient indicated an improvement in the physical mobility after the treatment. The physical improvement due to the effect of Range Of Motion (ROM) treatment and control bearing to improve the physical mobility. A nursing problem of physical mobility disorder has been solved partially, therefore it requires for further treatment or mobilization exercises. Not all nursing problems have been done, thus require for more nursing treatment.

Keywords: Stroke, physical mobility, range of motion, control bearing.

1. PENDAHULUAN

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan masalah yang sangat substansial, mengingat pola kejadian sangat menentukan status kesehatan di suatu daerah dan juga keberhasilan peningkatan status kesehatan di suatu negara (Sudoyo, 2006). Secara global WHO (World Health Organization) memperkirakan penyakit tidak menular menyebabkan sekitar 60% kematian dan 43% kesakitan di seluruh dunia. Perubahan pola struktur masyarakat dari agraris ke industri dan perubahan pola fertilitas gaya hidup dan sosial ekonomi masyarakat diduga sebagai hal yang melatar belakangi prevalensi Penyakit Tidak Menular (PTM), sehingga kejadian penyakit tidak menular semakin bervariasi dalam transisi epidemiologi (Mirza, 2009).

Stroke merupakan salah satu penyakit tidak menular yang prevalensi semakin meningkat dari tahun ke tahun. Stroke adalah gangguan darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak (Sudoyo, 2009). Stroke non hemoragik adalah infark pada otak yang biasanya timbul setelah beraktivitas fisik atau karena psikologis disebabkan oleh trombus maupun emboli pada pembuluh darah di otak (Fransisca, 2008).

Jumlah penderita stroke di Indonesia dari tahun ke tahun terus meningkat, ini sejalan dengan perubahan pola hidup masyarakat. Saat ini Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia (Yastroki, 2007). Menurut data Riset Kesehatan Dasar/Riskesdas (2013), prevalensi stroke di Indonesia 12,1 per pembuluh darah di otak 1.000 penduduk. Angka itu naik dibandingkan Riskesdas 2007 yang sebesar 8,3 persen. Sedangkan kasus tertinggi stroke di Jawa Tengah yaitu sebesar 3.986 kasus (17,91%). Di Kota Semarang terdapat proporsi sebesar 3,18%. Sedangkan kasus tertinggi kedua adalah Kabupaten Sukoharjo yaitu 3.164 kasus (14,22%) dan apabila dibandingkan dengan jumlah keseluruhan di Kabupaten Sukoharjo adalah sebesar 10,99%. Rata-rata kasus Stroke di Jawa Tengah adalah 635,60 kasus (WHO, 2010). Hingga kini, stroke merupakan penyebab kematian nomor satu di berbagai rumah sakit di tanah air (Rachmawati, 2007).

Berdasarkan catatan Rekam Medik rumah sakit dr. Soehadi Prijonegoro Sragen di tahun 2014 kasus stroke yang rawat inap sebanyak 319 kasus,

sedangkan pada tahun 2015 kasus stroke rawat inap sebanyak 430 kasus. Pada tahun 2016 ini antara bulan januari sampai bulan maret sudah mengalami kasus stroke yang rawat inap sebanyak 25 kasus.

Penyebab tersering stroke adalah penyakit degeneratif arterial, baik aterosklerosis pada pembuluh darah besar (dengan tromboemboli) maupun penyakit pembuluh darah kecil (lipohialinosis). Kemungkinan berkembangnya penyakit degeneratif arteri yang signifikan meningkat pada beberapa faktor resiko vaskuler, salah satunya adalah hipertensi (Ginsberg, 2008).

Faktor yang menimbulkan terjadinya resiko stroke salah satunya adalah hipertensi. Hipertensi merupakan faktor resiko yang bisa dikendalikan. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak pecah, maka timbulah perdarahan otak dan apabila pembuluh darah otak menyempit, maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel otak akan mengalami kematian (Ariani, 2012). Apabila pengendalian faktor resiko dapat dicegah dengan baik, maka biaya upaya tersebut jauh lebih murah dibanding dengan perawatan stroke. Perawatan stroke, termasuk upaya rehabilitasi (Purwanti, Arina, 2008). Penanganan tekanan darah adalah salah satu strategi untuk mencegah stroke dan mengurangi risiko kekambuhan pada stroke iskemik dan perdarahan. Penanganan hipertensi dapat mengurangi kerusakan di sekitar daerah iskemik hingga kondisi pasien stabil (Astutik, Didik, Nailis, 2013). Faktor lain yang tidak bisa dikendalikan seperti umur, jenis kelamin, hereditas, ras dan etnis, geografi (Setyopranoto, 2011)

Stroke bisa terjadi karena ketika arteri tersumbat secara akut oleh trombus atau embolus, maka area sistem saraf pusat (SSP) yang diperdarahi akan mengalami infark jika tidak ada perdarahan kolateral yang adekuat. Disekitar zona nekrotik sentral, terdapat penumbra iskemik yang tetap viabel untuk suatu waktu, artinya fungsinya dapat pulih jika aliran darah baik kembali. Iskemia sistem saraf pusat dapat disertai oleh pembekakan karena dua alasan yaitu edema sitotoksik (akumulasi air pada sel-sel glia dan neuron yang rusak, kemudian edema vasogenik (akumulasi cairan ekstraseluler akibat perombakan sawar darah otak. Edema otak dapat menyebabkan perburukkan klinis yang berat beberapa hari setelah stroke mayor, akibat peningkatan tekanan intrakranial dan kompresi struktur-struktur di sekitarnya (Ginsberg, 2008).

Secara klinis gejala yang sering muncul adalah adanya serangan defisit neurologis / kelumpuhan fokal seperti : hemiparesis, yaitu lumpuh sebelah badan yang kanan atau yang kiri saja, kemudian bicara menjadi pelo atau bicaranya tidak begitu jelas, kesulitan berjalan dan kehilangan keseimbangan.

Masalah yang sering muncul pada pasien stroke adalah gangguan gerak, pasien mengalami gangguan atau kesulitan saat berjalan karena mengalami gangguan pada kekuatan otot dan keseimbangan tubuh (Junaidi, 2006).

Seseorang yang mengalami gangguan gerak atau gangguan pada kekuatan ototnya akan berdampak pada aktivitas sehari-harinya. Untuk mencegah terjadinya komplikasi penyakit lain maka perlu dilakukan latihan mobilisasi. Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh) (Mubarak, Lilis, Joko, 2015).

Latihan mobilisasi atau rehabilitasi pada pasien stroke ini juga bertujuan untuk memperbaiki fungsi neurologis melalui terapi fisik dan teknik-teknik lain. Mobilisasi dan rehabilitasi dini di tempat tidur merupakan suatu program rehabilitasi stroke, khususnya selama beberapa hari sampai minggu setelah stroke. Tujuannya adalah untuk mencegah terjadinya kekakuan (kontraktur) dan kemunduran pemecahan kekakuan (dekondisioning), mengoptimalkan pengobatan sehubungan masalah medis dan menyediakan bantuan psikologis pasien dan keluarganya (Junaidi, 2006).

2. METODE

Metode publikasi ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu dengan pencarian fakta dengan interpretasi yang tepat, metode penelitian yang untuk membuat gambaran mengenai situasi pada pasien serta mengumpulkan data berdasarkan fakta yang ada dan yang sebenar-benarnya.

Studi kasus dilaksanakan di ruang sakura rumah sakit dr. Soehadi Prijonegoro Sragen pada tanggal 28 Maret sampai 02 April 2016. Studi kasus ini untuk mengumpulkan datanya melalui melihat buku status pasien, observasi dan wawancara dengan pasien atau keluarga pasien. Studi kasus ini hari pertama melakukan pengkajian untuk mendapatkan data-data pasien secara menyeluruh, kemudian menentukan masalah yang terjadi pada pasien dan melakukan implementasi keperawatan yang sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Penulis akan menguraikan mengenai upaya peningkatan mobilitas fisik pada pasien stroke nonhemoragik di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro. Upaya peningkatan mobilitas fisik pada pasien stroke nonhemoragik berdasarkan pemberian asuhan keperawatan ini dilaksanakan pada tanggal 28-30 Maret 2016 mulai dari pengkajian, analisa data, prioritas diagnosa keperawatan,

intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi. Komponen kunci dan pondasi proses keperawatan adalah pengkajian. Suatu pengkajian yang mendalam memungkinkan perawat kritikal untuk mendeteksi perubahan cepat, melakukan intervensi dini dan melakukan asuhan (Talbot, Marquardt, & Meyers, 2007). Pengkajian dilakukan pada hari Senin tanggal 28 Maret 2016 pukul 10.00 Wib di bangsal Sakura RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen. Data didapatkan dengan cara observasi, pemeriksaan fisik dan data-data pendukung yang ada seperti hasil lab.

Pasien bernama Ny.N, umur 82 tahun, jenis kelamin perempuan, agama Islam, pendidikan SD, pekerjaan petani, status janda, alamat Kedung Dowo RT. 07 Somomoro Plupuh Sragen, dirawat sejak hari Rabu 23 Maret 2016 jam 14.30 WIB, no RM 458.361, pasien dirawat di bangsal Sakura, dengan diagnosa medik Stroke Non Hemoragik. Keluhan utama keluarga pasien mengatakan keluhan utama pasien adalah tangan dan kaki kanannya tidak bisa digerakkan dan bicaranya tidak begitu jelas.

Riwayat kesehatan sekarang keluarga membawa pasien ke Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen pada tanggal 23 Maret 2016 pukul 14.30 dengan keluhan tangan dan kaki kanan tidak bisa digerakkan dan bicaranya tidak begitu jelas, dan kemudian di Instalasi Gawat Darurat mendapat terapi RL 20 tpm kemudian pasien masuk pada bangsal sakura. Riwayat penyakit dahulu keluarga mengatakan bahwa pasien mempunyai riwayat hipertensi. Riwayat kesehatan keluarga bahwa keluarga mengatakan didalam keluarga tidak ada menderita penyakit stroke, dan tidak penyakit yang menular ataupun menurun. Dalam teori, salah satu penyebab munculnya penyakit stroke yaitu hipertensi (Kowalak, William, Brenna, 2011). Stroke dapat menyebabkan kelumpuhan. Kelumpuhan dapat terjadi pada ekstremitas karena ketidakefektifan perfusi jaringan yang disebabkan oleh trombus dan emboli akan menyebabkan iskemia pada jaringan yang tidak dialiri oleh darah, jika hal ini berlanjut terus-menerus maka jaringan tersebut akan mengalami infark dan kemudian akan mengganggu sistem persyarafan yang ada di tubuh seperti : penurunan kontrol volunter yang akan menyebabkan hemiplegia atau hemiparese sehingga tubuh akan mengalami hambatan mobilitas (Price, 2006).

Pola Aktifitas sebelum sakit, keluarga mengatakan pasien beraktifitas di rumah dengan mandiri seperti menyapu, memasak, bekerja di sawah, dll. Selama sakit, keluarga mengatakan kegiatan pasien di tempat tidur maupun yang lain harus dibantu oleh keluarga. Pola persepsi kesehatan keluarga pasien mengatakan kalau pasien mengalami stroke. Pola nutrisi sebelum sakit, keluarga mengatakan pasien makan 3x sehari, dengan porsi yang

sedang dan minum 5 gelas perhari. Selama sakit, keluarga mengatakan makan 3x sehari dengan menu bubur, dan hanya minum 3-4 gelas perhari.

Pola eliminasi sebelum sakit, keluarga mengatakan BAB 1x sehari dengan konsistensi padat, warna kuning dan berbau khas, BAK kurang lebih 5-7 kali sehari dengan warna urine sedikit kekuningan. Selama sakit, keluarga mengatakan selama 2 hari BAB sekali dengan konsistensi sedikit encer, warna kuning dan berbau khas, karena pasien memakai pampers BAK pasien kurang lebih 4x sehari dan selalu mengganti pampers minimal 2x sehari. Defisit neurologis juga akan menyebabkan gangguan pencernaan sehingga mengalami disfungsi kandung kemih dan saluran pencernaan lalu akan mengalami gangguan eliminasi (Esther, 2010). Ini juga dapat menimbulkan retensi urine karena menyulitkan upaya seseorang untuk melemaskan otot perineum pada saat berkemih, selain itu, penurunan tonus otot kandung kemih juga menghambat kemampuan untuk mengosongkan kandung kemih secara tuntas (Mubarak, Lilis, Joko, 2015).

Pola istirahat tidur sebelum sakit, keluarga mengatakan pasien tidur malam selama 7 jam dengan nyenyak, tidur siang selama 1-2 jam. Selama sakit, keluarga mengatakan pasien lebih banyak tidur, dalam sehari kemungkinan total tidur bisa 12 jam siang dan malam.

Pola persepsi dan konsep diri keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sehari-hari masih bekerja sebagai petani, tapi semenjak terbaring di rumah sakit pasien terlihat tampak sedih karena hanya bisa tiduran. Pola kognitif keluarga mengatakan bahwa pasien sadar kalau dirawat di rumah sakit. Pola peran dan hubungan keluarga mengatakan bahwa pasien berhubungan baik dengan keluarga dan tetangganya. Pola seksualitas keluarga mengatakan bahwa suami pasien sudah meninggal dan pasien mempunyai 3 orang anak. Pola coping keluarga pasien mengatakan bahwa keadaan pasien sudah mulai membaik. Pola nilai dan kepercayaan keluarga pasien mengatakan bahwa pasien beragama Islam.

Keadaan umum pasien lemas, saat diperiksa *Glasgow Coma Scale (GCS)* : E₄V₂M₃, Glasgow Coma Scale adalah skala yang digunakan untuk menilai tingkat kesadaran pasien, (apakah pasien dalam kondisi koma atau tidak) dengan menilai respon pasien terhadap rangsangan yang diberikan (Maliya, 2015). Pemeriksaan GCS ini meliputi respon membuka mata/eye (E) yang cara penilaiannya dengan angka yaitu angka (4) : spontan, (3) : dengan rangsang suara (suruh pasien membuka mata), (2) : dengan memberikan rangsangan nyeri (berikan rangsangan nyeri, misalnya dengan menekan kuku pasien), (1) : tidak ada respon. Kemudian selanjutnya respon verbal (V) dengan penilaian (5) : orientasi baik, (4) : bingung, berbicara mengacau (sering bertanya berulang-ulang) diorientasi tempat dan waktu, (3) : kata-kata saja (berbicara tidak jelas, tapi kata-kata masih jelas, namun tidak dalam satu kalimat), (2) : suara tanpa arti (mengerang), (1) : tidak ada respon. Kemudian yang terakhir adalah respon motorik (M) dengan penilaian, (6) : mengikuti

perintah, (5) : melokalisir nyeri (menjangkau & menjauhkan stimulasi saat diberi rangsang nyeri), (4) : withdraws (menghindar atau menarik ekstremitas atau tubuh menjauhi stimulus saat diberi rangsang nyeri), (3) : flexi abnormal (tangan satu atau keduanya posisi kaku diatas dada dan kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri), (2) : ekstensi abnormal (tangan satu atau keduanya ekstensi di sisi tubuh, dengan jari mengepal dan kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri), (1) : tidak ada respon. Selanjutnya nilai-nilai dijumlahkan, nilai GCS tertinggi adalah 15 yaitu E₄V₅M₆ dan terendah adalah 3 yaitu E₁V₁M₁(Maliya, 2015). Kesadaran composmentis, komunikasi pasien sulit dimengerti, tanda-tanda vital (28 Maret 2016 jam 10.15 Wib) tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 37 C, pernafasan 22x/menit. Pemeriksaan kepala kulit kepala bersih tidak ada benjolan, rambut sudah beruban. Pemeriksaan wajah bersih, tidak ada bekas luka. Pemeriksaan mata simetris, konjungtiva anemis, penglihatan tidak kabur. Pemeriksaan hidung simetris, tidak ada lendir, tidak ada gangguan penciuman. Pemeriksaan telinga simetris, tidak ada serumen, pendengaran sedikit ada gangguan. Pemeriksaan mulut mukosa bibir kering, lidah bersih. Pemeriksaan leher tidak ada pembesaran kelenjar tyroid. Pemeriksaan kulit warna sawo matang, turgor kulit kembali < 2 detik.

Pemeriksaan dada Inspeksi simetris dan tidak ada bekas luka, perkusi pengembangan paru kanan dan kiri sama dan tidak ada nyeri tekan, perkusi sonor, auskultasi suara nafas normal, tidak ada wheezing. Pemeriksaan jantung Inspeksi terlihat ictus cordis, palpasi teraba ictus cordis di sig V, Perkusi pekak, Auskultasi versikuler (detak jantung berirama). Pemeriksaan abdomen Inspeksi simetris dan tidak ada bekas luka, auskultasi peristaltik usus 18 x/ menit, perkusi timpani, palpasi tidak ada nyeri tekan, pemeriksaan genetalia bersih, pemeriksaan ekstremitas terpasang infus RL pada tangan kanan, kekuatan otot pada ekstremitas atas yaitu tangan kanan kekuatan ototnya 1 dan untuk tangan kiri kekuatan ototnya 3. Pada ekstremitas bawah kaki kanan nilai kekuatan ototnya adalah 1 dan pada kaki kiri kekuatan ototnya 3. Untuk skor 0 keterangannya tidak ada pergerakan/ tidak ada kontraksi/ lumpuh, skor 1 ada pergerakan yang tampak atau dapat dipalpasi/ terdapat sedikit kontraksi, skor 2 gerakan tidak dapat melawan gravitasi, tapi dapat melakukan gerakan horizontal, dalam satu bidang sendi, skor 3 gerakan otot hanya dapat melawan gravitasi, skor 4 gerakan otot dapat melawan gravitasi dan tahanan ringan, skor 5 tidak ada kelumpuhan otot (otot normal)(Chaidir, Ilma, 2014).

Stroke merupakan diagnosis klinis, pemeriksaan penunjang ditujukan untuk mencari penyebab, menegakkan sekurensi dan pada pasien yang berat, mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan perburukkan sistem saraf pusat. Pemeriksaan yang biasa dilakukan pada pasien stroke meliputi, darah lengkap, dan *CT scan*(Ginsberg, 2008). Hasil pemeriksaan penunjang *CT Scan* tanpa kontras adalah infark dilobus temporoparietalis kiri. Data

penunjang adalah pemeriksaan laboratorium tanggal 27 Maret 2016, dengan hasil : pemeriksaan darah, hemoglobin : 10.5 g/dL (N : 12,2 - 18,1 g/dL), hemoglobin adalah molekul yang terdiri dari 4 kandungan Haem (berisi zat besi) dan 4 rantai globin (alfa, beta, gama, dan delta), penurunan hemoglobindapat disebabkan oleh obat-obatan antibiotik. Eritrosit : 4,40 juta/ μ L (N : 4,04 – 6,13 juta/ μ L), eritrosit adalah sel darah merah dibuat pada sumsum tulang merah, mempunyai struktur penting didalamnya yaitu hemoglobin yang bertugas mengangkut oksigen dalam darah. Hematokrit : 31,5 % (N : 37,7 – 53,7 %), hematokrit adalah perbandingan bagian darah yang mengandung eritrosit terhadap volume seluruh darah atau volume sel darah merah dalam 100 ml/ 1 dl keseluruhan darah atau eritrosit dalam seluruh volume darah yang dihitung dalam %. Pemeriksaan eritrosit, MCV : 71,7 FL (N : 80 – 97 FL), MCV (Mean CorpuscularVolume) adalah volume rata-rata sel darah merah dalam microcubik darah. MCH : 19,9 Pg (N : 27 – 31,2), MCH (Mean Corpuscular Hemoglobin) adalah kadar hemoglobin rata-rata dalam microgram. MCHC : 27,8 g/dL (N : 31,8 – 35,4 g/dL), MCHC (Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration) adalah rata-rata hemoglobin dalam %. Lekosit : 5,88 ribu/ μ L (N : 4,5 – 11,5 ribu/ μ L), lekosit adalah sel darah putih yang diproduksi oleh jaringan hemoepotik untuk jenis bergranu(polimorfonuklear) dan jaringan limpatik untuk jenis tak bergranula (mononuklaer), berfungsi dalam sistem pertahanan tubuh terhadap infeksi. Trombosit : 264 ribu/ μ L (N : 150 – 450 ribu/ μ L), trombosit adalah komponen sel darah yang dihasilkan oleh jaringanhemoepotik dan berfungsi utama dalam proses pembekuan darah. RDW-CV : 13,5 % (N : 11,5 – 14,5 %), RDW (Red Cell Distribution Width) adalah koefisien variasi dari volume eritrosit, RDW yang tinggi dapat mengindikasikan ukuran eritrosit yang heterogen, dan biasanya ditemukan pada defisiensi vitamin B₁₂, sedangkan RDW yang rendah dapat menunjukkan eritrositt yang mempunyai ukuran variasi yang kevil. MPV : 5,85 fL (N : 0 – 99,9), MPV (Mean PlateletVolume) adalah ukuran rata-rata trombosit, trombosit baru lebih besar dan peningkatan MPV terjadi ketika terjadi peningkayan jumlah trombosit yang sedang diproduksi, sebaliknya penurunan MPV merupakan indikasi penurunan jumlah trombosit. Pemeriksaan hitung jenis, neutrofil : 78,6 % (N : 37 – 80 %), Neutrofil adalah lekosit bergranula yang intinya mempunyai banyak lobus sehingga disebut polimorfonuklear, merupakan 60-70% dari jumlah seluruh lekosit. Limfosit : 15,1 % (N : 19 – 48 %), limfosit merupakan lekosit yang tak bergranula dengan inti besar, ukurannya lebih besar sedikit dari eritrosit, dihasilkan oleh jaringan limpatik, berperan penting dalam proses kekebalan dan pembentukan antibodi. Monosit : 5,7 % (N : 0 – 12 %), monosit merupakan lekosit dengan sitoplasma tak bergranula, berinti besar dengan ukuran dua kali lebih besar dari eritrosit, terbesar dalam sirkulasi darah dan dibuat pada jaringan limpatik. Eosinofil : 0,2 % (N : 0 – 7 %), eosinofil merupakan lekosit bergranula, mempunyai 2 lobus dalam intinya,

merupakan 1-2% dari seluruh jumlah lekosit, kemudian lekosit ini akan meningkat jumlahnya dalam darah pada peristiwa alergi dan infeksi parasit (terutama cacing) dalam tubuh dengan pemberian steroid jumlah eosinofil akan menurun. Basofil : 0,5 % (N : 0 – 2,5 %), basofil merupakan lekosit yang yang intinya erdapat granula yang besar menyerupai huruf S, merupakan 0,5-1% dari jumlah seluruh lekosit(Sutedjo, 2013). Terapi obat, berikan obat-obatan sebagaimana diinstruksikan dokter dan awasi kemungkinan efek samping obat yang merugikan serta melaporkan kepada dokter(Kowalak, William, Brenna, 2011). Obat yang didapat pasien selama berada dirumah sakit adalah infus RL 20 tpm, obat oral amlodipin 1x1 tablet/10 mg, obat clopidogrel 1x1 tablet/75 mg, injeksi sohobion 1x1 ampul/3 ml, injeksi citicoline 250mg (2 ml)/12 jam, injeksi ranitidine 50 mg(2 ml)/12 jam.

Tahap diagnosa keperawatan memungkinkan perawat menganalisis dan mensintesis data, diagnosa didapatkan dari penilaian klinik tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan/proses kehidupan yang aktual atau potensial (Allen, Carol, 2010). Pengkajian pada tanggal 28 maret 2016 didapatkan data subyektif, keluarga mengatakan tangan kanan dan kaki kanan pasien tidak bisa digerakkan atau lemah, pasien susah dalam melakukan aktifitas dan dibantu keluarga dalam melakukan aktifitasnya. Data obyektif tangan pasien terlihat lemah saat diangkat, kaki kanannya juga sangat lemas saat disuruh untuk menggerakkan, kekuatan otot pada ekstremitas atas yaitu tangan kanan kekuatan ototnya 1 dan untuk tangan kiri kekuatan ototnya 3, Pada ekstremitas bawah kaki kanan nilai kekuatan ototnya adalah 1 dan pada kaki kiri kekuatan ototnya 3. Berdasarkan data diatas penulis merumuskan masalah keperawatan yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan neuromuskuler pada ekstremitas. Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Wilkinson, J. M., Nancy R. A., 2013). Dalam merencanakan intervensi keperawatan perawat harus memperhatikan beberapa kriteria yang terkait dengan rumusan intervensi keperawatan. Kriteria tersebut, antara lain: memakai kata kerja yang tepat, bersifat spesifik, dapat dimodifikasi (Asmadi, 2008). Rencana keperawatan, tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam mobilitas fisik pasien tidak tergantung total dengan kriteria hasil NOC, klien meningkat dalam aktivitas fisik, mengerti tujuan dan peningkatan mobilitas, memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah, mengalami peningkatan otot dari 1 menjadi 2 pada ekstremitas kanan. Intervensi NIC yang dapat dilakukan, monitoring vital sign in sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan, perawatan alih baring, terapi latihan fisik: mobilitas sendi, pengaturan posisi, dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu pemenuhan kebutuhan mandiri pasien, bantuan perawatan diri: berpindah.

Tahap selanjutnya yaitu implementasi merupakan tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008). Implementasi dilakukan pada tanggal 28 maret sampai 30 maret 2016 tindakan yang pertama yaitu mengkaji tanda-tanda vital yang dilakukan untuk mengetahui kondisi pasien dan melanjutkan intervensi, tekanan darah 140/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 37 C, pernafasan 22x/menit.

Tindakan yang kedua yaitu penatalaksanaan terapi latihan. Pemilihan tehnik latihan gerak disesuaikan dengan kondisi pasien, yang diberikan selama tiga hari di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro. Program latihan diberikan karena separuh pasien stroke non hemoragi yang hidup mengalami kecacatan fisik karena defisit neurologis yang menetap. Pasien tidak hanya mengalami kelumpuhan tetapi juga mengalami gangguan kognisi, gangguan komunikasi dan gangguan lapang pandang atau defisit dalam persepsi. Berbagai program dirancang untuk meningkatkan kemampuan. Salah satu yang menjadi program untuk memperbaiki fungsi mobilisasi fisik pada pasien stroke non hemoragi adalah latihan pergerakan sendi atau *range of motion (ROM)* (Chaidir, Ilma, 2014).

Range of motion (ROM) dilakukan empat sampai lima kali sehari setiap kurang lebih 3 jam sekali dibangsal sakura. *Range of motion* pada ekstremitas kanan dilakukan *ROM* pasif karena ketika melakukan latihan pergerakannya harus dibantu oleh perawat ataupun keluarga, sedangkan untuk ekstremitas sebelah kiri dilakukan *ROM* aktif karena pasien masih bisa menggerakkan ekstremitas sebelah kirinya. *Range of motion* adalah latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif. *ROM* baik pasif maupun aktif memberikan efek pada fungsi motorik pada anggota ekstremitas atas pada pasien pasca stroke (Chaidir, Ilma, 2014). Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien, sedangkan rentang gerak aktif berguna untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif misalnya saat pasien berbaring pasien menggerakkan tangan atau kakinya sendiri tanpa bantuan (Mubarak, Lilis, Joko, 2015).

Ada beberapa prinsip dasar dalam melakukan latihan *ROM*. *ROM* harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari, *ROM* dilakukan perlahan dan hati-hati agar tidak melelahkan pasien, dalam merencanakan program latihan *ROM*, perhatikan umur pasien, diagnosis, tanda vital, dan

lamanya tirah baring(Sager, M., Sylvain G., 2014), *ROM* sering diprogramkan oleh dokter dan dikerjakan oleh fisioterapi atau perawat, bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan *ROM* adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki, *ROM* dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit, melakukan *ROM* harus sesuai dengan waktunya, misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah dilakukan(Anderst, W. J., et all., 2013).

Cara melatih *range of motion* pada ekstremitas yaitu bahu, gerakan lengan abduksi adduksi (geser lengan menjauh menyamping dari badan, biarkan lengan berputar dan berbalik), fleksi-ekstensi (angkat lengan lurus melewati kepala pasien, istirahatkan lengan terlentang diatas kepala ditempat tidur). Kemudian bagian siku menggerakkan lengan bawah fleksi-ekstensi(tekuk lengan pasien sehingga lengan menyentuh kebahu, luruskan lengan ke depan), pergelangan tangan (tekuk pergelangan tangan kedepan dan menggenggam, tekuk pergelangan tangan kebelakang dan tegakkan jari-jari, gerakan pergelangan tangan kelateral), kemudian jari-jari fleksi-ekstensi (memegang telapak tangan, tekuk semua jari sekali, luruskan semua jari sekali). Pada latihan ekstremitas ini dapat dilakukan tangan kanan ataupun tangan kiri terlebih dahulu. Jika pasien terdapat kesulitan melakukan latihan *ROM*, keluarga atau perawat dapat membantunya. Tindakan selanjutnya melatih *ROM* pada ekstremitas bawah. Yang pertama panggul yaitu menggerakkan kaki fleksi-ekstensi (angkat lutut mengarah kedada, tekuk pinggul sedapat mungkin, biarkan lutut menekuk sedikit), kemudian rotasi keluar-kedalam (geser kaki mengarah kesamping badan kemudian putar kaki dari luar kedalam). Lutut, menggerakkan lengan bawah fleksi-ekstensi (tekuk keatas dan luruskan sampai lurus), jari kaki fleksi-ekstensi (tekuk semua jari menurun dan mendorong semua jari kebelakang)(Maliya, 2015).

Tahap yang ketiga yaitu pengaturan posisi, pengaturan atau perubahan posisi ini dilakukan setiap dua sampai tiga jam sekali. Dimulai dari tidur terlentang, miring kekiri maupun miring kekanan. Pengaturan atau perubahan posisi ini bertujuan untuk mencegah terjadinya luka tekan pada pasien, luka tekan dapat terjadi dalam waktu 3 hari sejak terpaparnya kulit akan tekanan. Jika penekanan ini hanya berlangsung untuk waktu lama, maka akan ada akibat – akibat yang merugikan bagi aliran darah. Pada penekanan yang berlangsung waktu lama, maka timbul masalah dalam peredaran zat-zat makanan dan zat asam yang harus di salurkan pada bagian – bagian kulit yang mengalami penekanan, jaringan-jaringan yang tak mendapat cukup makan dan zat – zat asam perlahan akan mati, dari sinilah kemudian timbul

luka–luka dekubitus (Ginsbren, 2008). Dekubitus adalah kerusakan/kematian kulit sampai jaringan dibawah kulit, bahkan menembus otot sampai mengenai tulang akibat adanya penekanan pada suatu area secara terus menerus sehingga mengakibatkan gangguan sirkulasi darah setempat(Nurarif, Hardhi, 2013). Akibatnya dari penekan pada kulit, tak lama setelah itu akan terjadi pendarahan dan nekrosis pada lapisan jaringan, selain itu terdapat aliran darah kapiler akibat tekanan eksternal pada kulit. Oleh sebab itu pasien harus diubah posisi sesuai dengan tingkat aktivitas, kemampuan persepsi, dan rutinitas sehari – hari dengan dilakukannya alih baring/tirah baring setiap 2 jam dan 4 jam yang dapat memberikan rasa nyaman pada pasien, mempertahankan atau menjaga postur tubuh dengan baik menghindari komplikasi yang mungkin timbul akibat tirah baring seperti luka tekan (dekubitus), maka dengan dilakukannya tindakan alih baring tersebut akan mencegah terjadinya dekubitus. Alih baring adalah suatu keadaan individu yang mengalami atau beresiko mengalami keterbatasan gerak fisik(Mubarak, Lilis, Joko, 2015). Alih baring dapat mencegah dekubitus pada daerah tulang yang menonjol yang bertujuan untuk mengurangi penekanan akibat tertahannya pasien pada satu posisi tidur tertentu yang dapat menyebabkan lecet. Penelitian yang dilakukan Sari, (2007), terjadinya dekubitus pada posisi tubuh lateral dengan sudut maximum 30^0 juga akan mencegah kulit dari pergesekan (*friction*) dan perobekan jaringan (*shear*). Pergesekan akan mengakibatkan abrasi dan merusak permukaan epidermis kulit, sedangkan perobekan jaringan bisa mengakibatkan oklusi dari pembuluh darah, serta kerusakan pada jaringan bagian dalam, seperti otot(Beebe, J. A., Catherine E. L., 2009).

Tapi pengaturan tentang bagaimana posisi yang paling tepat masih sangat sedikit, terbukti baru 17 literatur yang ditemukan dari tahun 1965-2006. Pengaturan posisi ini juga dapat mencegah komplikasi akibat tirah baring(Wirawan, 2009). Salah satu komplikasi lain yang dapat muncul seperti osteoporosis, karena tanpa adanya aktivitas yang memberi beban pada tulang, tulang akan mengalami demineralisasi(osteoporosis,) proses ini akan menyebabkan tulang kehilangan kekuatan dan kepadatannya sehingga tulang menjadi keropos dan mudah patah(Mubarak, Lilis, Joko, 2015).

Pengaturan posisi ini dapat diubah setiap dua jam. Pertama dalam posisi berbaring terlentang, posisi kepala, leher, dan punggung harus lurus. Letakkan bantal dibawah lengan yang lumpuh secara hati-hati, sehingga bahu terangkat keatas dengan lengan agak ditinggikan dan memutar ke arah luar, siku dan pergelangan tangan agak ditinggikan. Letakkan pula bantal dibawah paha yang lumpuh dengan posisi agak memutar ke arah dalam, lutut agak ditekuk. Kemudian setelah dua jam memiringkan pasien ke sisi yang sehat

dengan bahu lumpuh harus menghadap kedepan, lengan yang lumpuh memeluk bantal dengan siku diluruskan. Kaki yang lumpuh diletakkan di depan, di bawah paha dan tungkai diganjal bantal, lutut ditekuk. Setelah kurang lebih dua jam memiringkan pasien ke sisi yang lumpuh dengan lengan yang lumpuh menghadap kedepan, pastikan bahwa bahu penderita tidak memutar secara berlebihan. Tungkai agak ditekuk, tungkai yang sehat menyilang di atas tungkai yang lumpuh dengan diganjal bantal(Purwanti, Arina, 2008).

Tahap selanjutnya adalah mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian obat. Obat yang didapat adalah obat oral amlodipin 1x1 tablet/10 mg, obat clopidogrel 1x1 tablet/75 mg, injeksi sohbion 1x1 ampul/3 ml, injeksi citicoline 250mg (2 ml)/12 jam, injeksi ranitidine 50 mg(2 ml)/12 jam. Obat oral yang pertama yaitu amlodipin 1x10 mg, amlodipin adalah obat tekanan darah tinggi (hipertensi), efek samping yang timbul seperti bengkak, sakit kepala, pusing berputar, mual, nyeri perut, dan mengantuk. Waktu kerja amlodipin dalam tubuh lebih lama dari pada captopril tetapi efeknya dapat bertahan hingga 24 jam, dengan demikian amlodipin cukup diberikan satu kali sehari untuk terapi hipertensi, pertama amlodipin diberikan dosis 5 mg sehari, dosis kemudian ditingkatkan sesuai respon tekanan darah pasien, dosis maksimum ialah 10 mg.

Kemudian obat oral yang kedua adalah clopidogrel (CPG) dengan dosis 1x75 mg, clopidogrel adalah obat yang digunakan untuk mengurangi kekentalan darah dan membantu mencegah terjadinya pembekuan darah di arteri, yang bertujuan mengurangi risiko terkena serangan jantung atau stroke. Peringatan untuk mengonsumsi obat ini adalah bagi wanita hamil, menyusui atau yang mencoba memiliki anak disarankan untuk tidak mengonsumsi, hati-hati untuk penderita gangguan organ hati, ginjal dan gangguan perdarahan, tidak boleh diberikan kepada orang yang berusia dibawah 16 tahun kecuali anjuran dokter, jika akan menjalani perawatan gigi pastikan dokter tahu bahwa mengonsumsi clopidogrel dan jika terjadi reaksi alergi segera bilang ke dokter. Kontra indikasinya bila terjadi perdarahan maka obat ini tidak harus diminum, apabila diminum akan menyebabkan perdarahannya tidak akan berhenti. Ini beberapa efek samping yang timbul saat mengonsumsi clopidogrel yaitu memar, mimisan, perdarahan dibawah kulit, gangguan pencernaan, sakit perut, konstipasi atau diare. Kemudian selain mendapat obat oral pasien juga mendapat obat injeksi yaitu yang pertama adalah injeksi sohbion 3 ml diberikan tiap 24 jam dengan cara injeksi intravena yang berguna untuk pencegahan dan penyembuhan kekurangan vitamin B₁, B₆, B₁₂, efek sampingnya adalah penggunaan dosis besar dalam jangka waktu lama dapat menimbulkan sindroma neuropati.

Ranitidine 2 ml setiap 12 jam yang pemberiannya lewat intravena yang berguna untuk lambung, efek samping yang ditimbulkan sangat jarang ditemukan, tetapi adapun efek samping tersebut besar (Dewi, 2011), efek samping yang dapat muncul adalah sakit kepala, sulit buang air besar, diare, mual, nyeri perut, gatal-gatal pada kulit. Citicoline 2 ml ini diberikan setiap 12 jam dengan cara injeksi, cara kerja Citicoline meningkatkan zat kimia otak yang disebut fosfatidilkolin, ini kimia otak penting untuk fungsi otak. Citicoline mungkin juga mengurangi kerusakan jaringan otak ketika otak terluka yang berguna untuk memperbaiki cedera otak yang disebabkan otak dengan mencegah otak mengalami iskemik sehingga tidak menyebabkan infark. Efek samping dari citicoline aman ketika diambil jangka pendek (sampai dengan 90 hari). Keamanan penggunaan jangka panjang tidak diketahui. Kebanyakan orang yang mengambil citicoline tidak mengalami efek samping bermasalah. Tetapi beberapa orang dapat memiliki efek samping seperti sulit tidur (insomnia), sakit kepala, diare, rendah atau tekanan darah tinggi, mual, penglihatan kabur, sakit dada, dan lainnya.

Tahap yang terakhir adalah proses evaluasi yaitu pernyataan kesimpulan yang menunjukkan tujuan dan memberikan indikator kualitas dan ketepatan perawatan yang menghasilkan hasil pasien yang positif (Tucker, Susan Martin, 2008). Hasil evaluasi hari senin 28 maret 2016 jam 14.30. Subjektif, keluarga pasien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan sangat lemah untuk digerakkan, objektif pasien tampak hanya tiduran saja, assesment masalah belum teratasi, planning lanjutkan intervensi (melatih *ROM*, mengubah posisi pasien setiap 2 jam, melatih kemandirian pasien). Pada hari selasa 29 maret 2016 jam 15.00, Subjektif, keluarga mengatakan bahwa tangan dan kaki kanan pasien terlihat sudah ada perkembangan walaupun sedikit-dikit, objektif, pasien terlihat sudah membaik dengan mengalami peningkatan kekuatan otot dari 1 menjadi 2, assesment masalah teratasi sebagian, planning lanjutkan intervensi (melatih *ROM*, mengubah posisi pasien setiap 2 jam, melatih kemandirian pasien).

Evaluasi hari rabu 30 maret 2016 jam 12.00, Subjektif, keluarga pasien mengatakan akan melatih pasien *ROM* dirumah, objektif pasien sudah tampak membaik dengan mengalami peningkatan kekuatan otot dari 1 menjadi 2, assesment masalah teratasi sebagian, planning lanjutkan intervensi dirumah (melatih *ROM*, mengubah posisi pasien setiap 2 jam, melatih kemandirian pasien). (pasien pulang pada tanggal 30 Maret 2016 jam 11.30 WIB).

4. PENUTUP

Berdasarkan hasil dan pembahasan diatas maka dapat diambil kesimpulan tindakan *range of motion (ROM)*, perawatan alih baring dan pengubahan posisi setiap 2 jam terbukti efektif untuk mencegah kekakuan otot pada pasien stroke. Dengan cepat dan tepat melakukan tindakan *range of motion* atau tindakan latihan mobilisasi maka dapat mencegah timbulnya komplikasi. Saran penulis yaitu diharapkan tindakan tersebut diatas dapat diaplikasikan di rumah sakit sebagai tindakan keperawatan yang efektif untuk pasien dengan gangguan stroke. Bagi keluarga pasien diharapkan ikut serta dalam upaya peningkatan mobilitas fisik dengan melatih *range of motion* dirumah. Penulis juga berharap hasil karya ilmiah ini dapat dijadikan sebagai referensi serta acuan untuk dapat dikembangkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik.

PERSANTUNAN

Karya tulis ini tidak akan terwujud tanpa adanya bimbingan, pengarahan serta dukungan dari berbagai pihak sehingga mampu menghasilkan suatu pemikiran yang diharapkan akan bermanfaat bagi petugas kesehatan dan penelitian selanjutnya.

Maka demikian dengan segala kerendahan hati dan ketulusan hati penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. Bambang Setiadji, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Surakarta
2. Bapak Dr. Suwaji, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
3. IbuOkti Sri Purwanti. S.Kep, Ns, M.Kep, Ns. Sp. Kep. MB, selaku Kaprodi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakartadanselaku pembimbing

yang telah berkenan meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan dukungan sampai terselesainya karya tulis ini.

4. Segenap dosen keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
5. Seluruh pegawai RSUD dr. Soehadi Prijonegoro atas bimbingan dan motivasinya selama pengambilan kasus karya tulis ilmiah.
6. Keluarga Ny. Nselaku narasumber dari penulisan karya tulis ilmiah ini
7. Kedua orang tua, serta keluarga besar atas do'a dan dukungannya.
8. Semua pihak yang telah membantu dalam memberikan dukungan moril yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

DAFTAR PUSTAKA

Allen, C. V. (2010). *Memahami Proses Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Anderst, W. J., et all. (2013). Six Degrees of freedom Cervical Spine Range Of Motion During Dynamic Flexion Extension After Single Level Anterior Arthrodesis. *The Journal Of Bone & Joint Surgery Jbjs Org Volume 95 A Number 6 March 20, 2013*.

Ariani, T. A. (2012). *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta. Salemba Medika.

Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta. EGC

Astutik, W., Didik H., Nailis S. (2013). Penggunaan Obat Golongan Diuretik Pada Pasien Stroke Iskemik Di Instalasi Rawat Inap RSUD. Saiful Anwar Malang. *Jurnal Media Farmasi, Vol 10 No 2 September 2013 : 84-93*

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan DepKes RI. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RisKesDas) nasional 2007; available From : <http://www.kesehatan.kebumenkab.go.id/data/lapriskesdas.pdf> : diakses tanggal 20 Juli 2011.

Beebe, J. A., Catherine E. L., (2009). Active Range Of Motion Predicts Upper Extremity Function Three Months Post-Stroke. *Stroke Author manuscript; available in PMC 2010 May 1*

Chaidir, R., Ilma, M. Z., (2014). Pengaruh Latihan Range Of Motion Pada Ekstremitas Atas Dengan Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragi Di Ruang Rawat Stroke RSSN Bukittinggi Tahun 2012. *Jurnal 'AFIYAH. VOL. I, NO. I, BULAN JANUARI, TAHUN 2014*.

- Dewi, S. (2011). *9 Penyakit Mematikan Mengenai Tanda & Pengobatannya*. Yogyakarta. Smart Pustaka.
- Dinkes Provinsi Jawa Tengah. (2010). *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang*
- Esther, C. (2010). *Patofisiologi Aplikasi pada Praktek Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Fransisca, C. B. (2008). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta. Salemba Medika.
- Ginsberg, L. (2008). *Lecture Notes Neurologi*. Jakarta. Erlangga.
- Junaidi, I. (2006). *Stroke A-Z Pengenalan, Pencegahan, Pengobatan, Rehabilitasi Stroke, Serta Tanya Jawab Seputar Stroke*. Jakarta. PT. Bhuana Ilmu Populer
- Kowalak, J. P., William W., Brenna M. (2011). *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta. EGC.
- Maliya, A., (2015). *Penuntun Praktek Laboratorium KMB IIIB*. Surakarta. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Mirza, M. (2009). *Mengenal diabetes (panduan praktis menangani penyakit kencing manis)*. Jogjakarta Katahari.
- Mubarak, W. I., Lilis I., Joko S., (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar Buku 1*. Jakarta. Salemba Medika.
- Nurarif, A. H., Hardhi K. (2013). *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta: Mediaction Publishing.
- Price, S.A. (2006). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta : EGC
- Purwanti, O. S., Arina M. (2008). *Rehabilitasi Pasien Pasca Stroke. Berita Ilmu Keperawatan ISSN 1979-2697, Vol. 1 No.1, Maret 2008 :43-46*
- Rachmawati, E. (2007). *Masa Produktif Tanpa Stroke*. diakses pada www.kompas.com/kesehatan/news/0507/13/075723.htm
- Riset Kesehatan Dasar. (2013). *Pedoman Interpretasi Data Klinik*.
- Sager, M., Sylvain G., (2014). *Comparison Of Yoga Versus Static Stretching For Increasing Hip and Shoulder Range Of Motion. International Journal Of Physical Medicine & Rehabilitation 2014*
- Setyopranoto, I. (2011). *Stroke: Gejala dan Penatalaksanaan. Jurnal CDK 185/Vol.38 no.4/Mei-Juni 2011*
- Sikawin, C. A., Mulyadi H., Palandeng. (2013). *Pengaruh Latihan Range Of Motion Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Di Irina F Neurolo Blu RSUP PROF. DR. R. D. Kandou Manado, ejournalKeperawatan (e-Kp) Volume 1. Nomor 1. Agustus 2013*

- Sudoyo, A. W. (2006). *Buku Ajar Penyakit Dalam*. Jakarta. FKUI
- Sudoyo, A. W. (2009). *buku ajar ilmu penyakit dalam, jilid1,2,3 edisi keempat*. Internal Publishing, jakarta
- Suratun. (2008). *Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta: EGC.
- Sutedjo, A., Y. (2013). *Mengenal Penyakit Melalui Hasil Pemeriksaan Laboratorium*. Yogyakarta. Asmara Bokks.
- Talbot, A. L., Marquardt, Meyers M.. (2007). *Pengkajian Keperawatan Kritis Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Tucker, S. M. (2008). *Standart Perawatan Pasien (Proses Diagnosis dan Evaluasi) Edisi 5 Volume 4*. Jakarta. EGC.
- Wilkinson, J. M., Ahern, Nancy R. (2012). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan, Edisi 9 (NANDA 2012)*. Jakarta : EGC.
- Wirawan, R. P. (2009). Rehabilitasi Stroke pada Pelayanan Kesehatan Primer. *Majalah Kedokteran Indonesia, Volume : 59, Nomor: 2, februari 2009*.
- Yastroki, (2007). *Angka Kejadian Stroke Meningkat Tajam*, <http://www.yastroki.or.id/read.php?id=317>. 22 April 2007